ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств)

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 616.891:615.851 (075.4)

Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак, Е.Б. Мизинова. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 30 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Караваева Т.А. Васильева А.В., Полторак С.В., Мизинова Е.Б.

Рецензент: Бабин С.М. – профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Президент Российской психотерапевтической ассоциации, д.м.н.

Аннотация

В методических рекомендациях представлены современные подходы к психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств), основанные на результатах доказательных исследований. Сформулированы основные противопоказания, мишени, этапы. Представлены алгоритмы проведения основных психотерапевтических методов, применяемых для лечения пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня (когнитивно-поведенческая, динамическая, интерперсональная психотерапия, релаксационная, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия). Описаны основные принципы реабилитации, профилактики, показания для госпитализации и выписки из стационара для пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня.
Методические рекомендации предназначены для врачей–психиатров, врачей–психотерапевтов, врачей общей практики, медицинским (клиническим) и практическим психологам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

ISBN 978-5-94651-079-0

ОГЛАВЛЕНИЕ

УДК: 616.891:615.851 (075.4)

Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств)

Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак, Е. Б. Мизинова

ВВЕДЕНИЕ

Для теории и практики медицины в последние десятилетия характерно повышение внимания к изучению тревожных расстройств невротического уровня, методов их лечения, профилактике, что связано с ростом их во всем мире. В основном это объясняется повышением общего уровня напряжения, обусловленным научно-техническим прогрессом, увеличением окружающей информации, усложнением многозадачности, несовершенством механизмов психофизической адаптации, возрастанием числа социально-психилогических ситуаций с неопределенным прогнозом [5, 9, 11]. Среди тревожных расстройств невротического уровня наиболее распространены среди населения тревожно-фобические, паническое, генерализованное расстройства [9, 11, 15].

Представлению о роли в этиопатогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологических, психологических и социальных механизмов, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии, соответствует комплексный подход к лечению этих нарушений, оптимально сочетающий в себе терапевтические методы, относимые к трем основным типам: биологическим (психофармакотерапия, физиотерапия), психологическим (психотерапия и психологическая коррекция) и социальным (социоцентрированные вмешательства) [2, 7, 12, 17, 36].

Учитывая важность и преобладание в патогенезе невротических расстройств психологических факторов, в качестве одного из основных методов в сложном терапевтическом комплексе является психотерапия, представленная в современной лечебной практике десятками методов и форм, убедительная оценка эффективности которых чрезвычайно сложна в связи со многими факторами: неразработанностью общей теории психотерапии, трудностью выполнения принципов доказательности в исследованиях, неоднозначностью критериев оценки эффективности психотерапии и другими [5, 8, 18, 23, 50].

Психотерапевтические мероприятия при тревожных расстройствах невротического уровня проводятся как в индивидуальной, так и в групповой форме [8, 29, 39, 44]. В настоящее время вопрос об их соотношении может решаться в соответствии с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны

с внутриличностными конфликтами и историей жизни больного, а вторичные — с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуацией, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии — второго рода. Такое разграничение терапевтической проблематики носит, несомненно, условный характер, а выбор метода для решения этих задач определяется на основании комплексной оценки пациента: его личностных особенностей, внутренних установок, характера мышления, индивидуального поведенческого репертуара и др.

В любом случае выбор оптимальной психотерапевтической стратегии, выделение специфических мишеней психотерапевтических интервенций, достижение эффективного результата требует от специалиста хорошего знания современных персонализированных подходов, доказательных психотерапевтических методов и высокого профессионализма [5, 8, 10, 14, 66].

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределенности, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются, но она предотвращает участие человека в потенциально вредном поведении, или побуждает его к действиям по повышению вероятности благополучного исхода событий.

Паническое расстройство (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога) — одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами (паническими атаками), часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента, без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога — страх ожидания приступа.

Паническая атака (ПА) представляет собой очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными сомато-вегетативными нарушениями.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Длительность тревожного состояния составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при

этом интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) — группа расстройств, в клинической картине которых преобладает опредмеченнная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения.

Фобия — симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определенных ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта, характерной чертой также является предметность, направленность страха на тот или иной объект, его сюжетность и фабулированность.

Агорафобия происходит от греческого корня «агора», означающего место строения, строение, рынок; вторая часть — «фобос» значит страх, ужас. Впервые этот термин был применен Westphal (1871) для описания «невозможности пройти по определенным улицам или площадям, или возможность выполнить это только в состоянии страшнейшей тревоги». В настоящее время агорафобия используется для обозначения страха перед выходом на улицу, площадь, в общественные места, магазины, транспорт, «во вне».

Социальная фобия — выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других в относительно малых группах, но не в толпе.

Изолированная (специфическая) фобия — навязчивый страх конкретных строго ограниченных ситуаций или предметов.

Психотерапия — это система лечебного воздействия на психику человека, а через психику и посредством нее — на весь организм человека.

Психофармакотерапия — это применение психотропных лекарственных средств в лечении психических расстройств.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т. ч. панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств. В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и псхофармакотерапии при ПР и ГТР. В отношении тревожно-фобических расстройств исследования показали приоритетное значение психотерапии по сравнению с фармакотерапией, показывающей меньшую эффективность у этой группы пациентов. Надо отметить, что в целом псхофармакотерапия дает

более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревожных расстройств невротического уровня играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Оптимальным является сочетание психофармакотерпии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с паническим расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия. В лечении тревожно-фобических расстройств доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формирования толерантности к фобическим стимулам [3, 6, 9, 11, 17, 20, 42, 68].

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:
1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью) [2, 9, 16].

В лечении пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией для более эффективного и стойкого снижения тревоги,

частоты ПА, интенсивности фобических переживаний, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознавания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента [1, 4, 9, 15, 18, 21, 48, 56, 62, 63].

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Пациентам с тревожными расстройствами рекомендуется проведение 10–20 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) с целью снижения тревоги и напряжения, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения [5, 9, 7, 11, 19].

Паническое расстройство

Когнитивная модель ПР. Пациенты с ПР склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их физиологические системы — кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с ПР имеют специфический когнитивный стиль: они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют. Часто формируется страх наступления панической атаки, как ожидание ужасного состояния, смерти [12, 28, 31, 54].

В рамках КПТ не все техники имеют высокую эффективность. Есть исследования, показывающие различную эффективность техник КПТ [33, 34, 43, 53, 58, 64, 65]. В некоторых источниках отмечается неэффективность мышечной релаксации, которая в определенных случаях может способствовать фиксации внимания пациента на внутренних ощущениях.

Традиционно используется тренировка дыхания, которая показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться экспериментальной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке. Ее эффективность не всегда оценивается однозначно и во многом зависит от клинических проявлений ПР и установок пациента.

Хорошо доказанный эффект имеет интероцептивная экспозиция — повышение толерантности ко внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время ПА. Когнитивное реструктурирование и декатастрофизация направлены на коррекцию ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения. Экспозиция

в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения, к примеру, специальных очков [22, 25, 26, 30, 34, 36, 38, 49, 52, 61, 67].

КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповых формах.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет-технологии, мобильные приложения. Есть исследования как подтверждающие, так и опровергающие эффективность экспозиции в виртуальной реальности. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию [22, 25, 26, 30, 34, 38, 49, 52, 61, 67].

Генерализованное тревожное расстройство

Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности [18, 21, 34, 41, 55].

Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках КПТ.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.
4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей).
5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.
6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения.

Также могут быть использованы и другие техники КПТ.

Тревожно-фобические расстройства

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состо-

янии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится. Наиболее часто среди фобий встречаются агорафобия (страх перед выходом на улицу, площадь, в общественные места, магазины, транспорт, «во вне», социальные фобии (выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других), изолированные фобии (навязчивый страх конкретных строго ограниченных ситуаций или предметов) [9, 12, 27, 40, 59, 60, 69].

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня являются: низкая толерантность к неопределенности, позитивные убеждения относительно беспокойства, отсутствие ориентации на решение проблем, когнитивное избегание.

Таблица 1

Основные модули когнитивно-поведенческой психотерапии

Название модуля	**Содержание направлений психотерапевтической работы**
Психообразовательный модуль	Информация о сути КПТ Информация о природе тревожных расстройств, включающая их описание и характеристики Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и на ее преодоление	Установление связи между низкой толерантностью к неопределенности и преувеличенным беспокойством Осознание и принятие неизбежности ситуаций неопределенности в жизни человека Развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния нетолерантности к неопределенности Выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства	Выявление всех аргументов в пользу беспокойства Выявление контраргументов и анализ негативных последствий беспокойства Формулировка новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опасностью

Название модуля	Содержание направлений психотерапевтической работы
Модуль, направленный на решение проблем	Подготовка к неизбежности определенности в процессе решения проблем Определение существующих проблем и формулировка цели по их преодолению Выработка различных возможных путей достижения этих целей Выбор оптимального пути Применение выбранных средств и оценка результата
Модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные мысли и образы	Обсуждение образов пугающих ситуаций Описание чувств и субъективная оценка уровня тревоги Тренировка устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на профилактику рецидивов	Закрепление всех полученных знаний и навыков Обсуждение возможных триггеров и провокаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания Обсуждение способов поведения в ситуациях, в которых проявляется старый стиль реагирования

В качестве техник КПТ используются когнитивное реструктурирование — проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; интероцептивная экспозиция — повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время фобического приступа; экспозиция in vivo — проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; привлечение/отвлечение внимания — внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др. Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интервенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим нелепым, смешным поведением, к примеру, громко петь на улице, или обратиться к продавцу с неуместным вопросом.

Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения, к примеру, специальных очков.

КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповых формах.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет-технологии, мобильные приложения. Есть исследования подтверждающие, эффективность экспозиции в виртуальной реальности при ТФР. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию.

Рекомендовано проведение *тренингов и экспозиционной терапии* с использованием виртуальной реальности — 15 сеансов по 2 сеанса в неделю.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Краткосрочная динамическая психотерапия

При лечении пациентов с ПР применяется краткосрочная психодинамическая психотерапия. Рандомизированные доказательные исследования позволили подтвердить эффективность использования психодинамического подхода в лечении ПР (psychodynamic formulation for panic disorder PFPP), чему способствовало выделение симптоматических мишеней. Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии, в фокусе которой находятся панические симптомы и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями паники. Лечение направлено на идентификацию значения панических симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с паникой чувств, конфликтов и фантазий. В качестве основных техник используются прояснение, конфронтация и интерпретация. В терапии выделяются три фазы, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность в зависимости от особенностей пациента [4, 11, 16, 24, 32, 46, 45].

Первая фаза направлена на идентификацию специфического содержания и значения панических эпизодов. Проводится анализ анамнеза пациента для выявления специфических уязвимостей, которые могли способствовать манифестации ПР, такие как специфические репрезентации родителей, психотравмирующие ситуации, трудности в выражении и регуляции чувств гнева и злости. Терапевт в нейтральной манере помогает пациенту вербализовать неосознаваемые или трудно толерируемые фантазии и чувства, к примеру, страх быть покинутым или желания мести. Информация используется для формулирования интрапсихического конфликта, связанного с гневом, развитием личной автономии и сексуальностью. Основная цель — редукция панических симптомов.

Вторая фаза направлена на выявление психодинамических компонентов, определяющих уязвимость к манифестации и поддержанию паники. Наиболее частыми являются конфликтные переживания, связанные с признанием и регуляцией чувства гнева, противоречивые переживания, касающиеся зависимости / автономии с проявлениями сепарационной тревоги, а также конфликты, связанные с проявлениями сексуального возбуждения. Особенности динамики

этих отношений проявляются как в обсуждении актуальных отношений пациента, так и со значимыми другими в прошлом. В отношениях с терапевтом эти пациенты часто воспроизводят в реакциях переноса свои конфликты, связанные с гневом, сепарацией и независимостью. Лучшее понимание этих конфликтов помогает разорвать порочный круг, связанный с «паникой перед паникой» и снижает уязвимость к паническим симптомам.

Фаза окончания дает возможность проработки конфликтов, связанных с гневом и автономией по мере их проявления в контексте окончания лечения и расставанием. Терапевт помогает пациенту сфокусироваться на переживании и артикуляции чувств, связанных с потерей конкретно с терапевтом. Лучшее осознание и понимание способствует успешной регуляции этих чувств и снижает вероятность развития выраженных ПА. Способность выражать гнев в социально приемлемой, не вызывающей страх форме является важным достижением терапии. Более высокая ассертивность и способность обсуждать интерперсональные конфликты улучшает психосоциальное функционирование и снижает уязвимость к ПА.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

В России особое место занимает метод патогенетической психотерапии, основанный на теории отношений В. Н. Мясищева, направленный на разрешение основных невротических механизмов — личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова (ЛОРП). Пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня проводят как индивидуальную, так и групповую личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию — 20–30 сеансов [3, 9, 12, 11, 16].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Патогенетическая психотерапия предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий всего того, что образует внутренний мир человека, и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

ЛОРП включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую).

Задачи ЛОРП с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

— связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;

— какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;

— связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

— особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

— как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

— существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;

— собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

— характерные защитные психологические механизмы;

— внутренние психологические проблемы и конфликты;

— более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования, начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

— собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в ЛОРП сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

— пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

— пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

— научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;

— стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

— научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

— раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);

— модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

— произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

— приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;

— преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;

— развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

— закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

— выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность ЛОРП применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи ЛОРП фокусируются на трех составляющих самосознания: на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии также лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и к ним относятся: конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт, научение [2].

Конфронтация — столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. *Эмоциональная поддержка* оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку; повышает степень самоуважения; производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. *Принятие пациента психотерапевтом (или группой)* способствует развитию сотрудничества; облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм; повышает его ответственность и активность в психотерапевтическом процессе; создает условия для самораскрытия.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность

к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корригирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах). Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических проявлений, существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни.

Групповая краткосрочная интерперсональная психотерапия

С целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности тревожных и фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения показано проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии — 20 сеансов по 1,5 часа — 5 сеансов в неделю [3, 9, 11, 16].

Целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики.

Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки.

Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения.

Алгоритм краткосрочной групповой интерперсональной психотерапии

Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), задачи краткосрочной групповой психотерапии можно сформулировать следующим образом:

Таблица 2

Задачи краткосрочной групповой интерперсональной психотерапии

А. В познавательной (когнитивной) сфере пациент получает представление о мере своего участия в возникновении, повторении и развитии своих конфликтных ситуаций, т. е. как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования способствует этому. Осознавая влияние собственных установок и ценностей на процесс взаимоотношений с другими людьми, у него появляется возможность предотвратить повторение патогенной ситуации, используя конструктивные формы поведения, приобретенные во время групповой психотерапии.
Б. В эмоциональной сфере задачи охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание нового эмоционального опыта, вербализацию и эксплорацию собственных эмоций, что формирует определенный оптимизм, создает условия для отреагирования как положительных, так и отрицательных эмоций и способствует дезактуализации фобических и тревожных переживаний, выравниванию аффекта.
В. В поведенческой сфере задачи могут быть определены как формирование эффективной саморегуляции за счет приобретения новых форм поведения, связанных с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью, которые способствуют оптимальной адаптации, более успешному социальному функционированию в реальной жизни и предупреждению рецидивов неконструктивного поведения.

Метод краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии ориентирован на: достижение симптоматического улучшения у пациентов, улучшение эмоционального состояния пациентов, улучшение их социального функционирования, увеличение уровня адекватной социальной адаптации.

Групповая интерперсональная психотерапия как терапевтический процесс имеет следующие *фазы* развития [5]:

- диагностический этап;
- фаза зависимого и поискового поведения;
- фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов;
- фаза формирования групповой сплоченности;
- фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

На диагностическом этапе проводится отбор участников в краткосрочную интерперсональную психотерапевтическую группу, первая встреча психотерапевтов и будущего члена группы может быть благоприятной основой создания взаимного доверия в работе группы.

На этом этапе особое внимание уделяется выявлению межличностного контекста тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств, особенно событиям, которые, являясь психотравмирующими, спровоцировали появление симптомов. Для этих больных характерны конфликты в семейной и профессиональной сферах, а также такие межперсональные проблемы, как одиночество, изоляция, застенчивость, неумение завязывать и поддерживать близкие отношения, мнительность, трудности в отношениях с авторитетами, неуверенность в себе, зависимость от других и т. п. Во время беседы должна осуществляться диагностика личности, стиля межличностного общения претендента. Всесторонняя оценка помогает решить, насколько пациент соответствует характеру и целям организуемой краткосрочной интерперсональной группы, позволяет прогнозировать его поведение в группе, способность выстраивать и поддерживать отношения с другими участниками.

План терапии: занятия в группе проходят 5 раз в неделю по 1,5 часа в течение 4 недель.

Во многих исследованиях подчеркивается значение диагностического этапа групповой психотерапии, с помощью которого достигается осуществление большинства критериев, обеспечивающих эффективность проведения краткосрочных психотерапевтических групп:

- постановка конкретных и достижимых целей, ориентация на уменьшение проблем и трудностей, на понимание себя и реальности, определение связей между невротической симптоматикой и наличием интерперсональных проблем, а не на глубокие структурные изменения личности.
- гомогенность состава участников по характеру имеющихся у пациентов проблем, а также относительная гомогенность по нозологическому признаку. Это повышает сплоченность группы, для формирования которой требуется меньше времени, способствует проявлению психотерапевтического фактора универсализации.
- тщательный отбор пациентов и их прелиминарная подготовка к работе в группе, осуществляемая на диагностическом этапе.

1. Фаза зависимого и поискового поведения. Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения.

Первым самостоятельным заданием для членов группы является принятие норм и правил группы, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Сформировавшиеся на начальном этапе работы правила и нормы «накладывают печать» на дальнейшее функционирование группы,

и позднее их очень трудно изменить. Поэтому очень важно формирование терапевтически полезных норм группы с самого начала ее работы.

Обобщая, можно сформулировать следующие основные задачи психотерапевтов в первой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

- Содействовать принятию терапевтических групповых норм, тем самым помогая пациентам почувствовать себя более естественно и более активно включиться в процесс работы.
- Создавать безопасную, основанную на взаимном доверии атмосферу, что способствует формированию групповой сплоченности.
- Определить общие цели краткосрочной интерперсональной группы.
- Помочь участникам установить индивидуальные конкретные цели работы в группе.
- Поощрять участие всех пациентов в дискуссиях.
- Структурировать работу группы.
- Помогать пациентам в лучшем осознании своих чувств, реакций, поведенческих особенностей и благодаря этому положить начало проработке и решению межличностной проблематики.

Структурирование процесса на начальном этапе способствует быстрому формированию групповой сплоченности, созданию благоприятного эмоционального климата, что позволяет минимизировать число уходов пациентов из группы, повысить эффективность дальнейшей работы.

2. Фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов. Для второй фазы также характерен высокий уровень напряжения в сочетании с более высокой активностью пациентов, специфика которой заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевтам, а также в нарастании конфликтности между участниками группы. К этому времени, ориентированные исключительно на ведущих, они сталкиваются с ситуацией, когда ими уже не руководят, не говорят, что и как делать, о чем говорить. Именно такая резкая смена роли ведущих от активной, направляющей, несколько директивной позиции до пассивной, наблюдающей провоцирует быстрый переход к выражению агрессивных чувств участниками группы по отношению к психотерапевтам.

В свою очередь, эта ситуация дает возможность психотерапевтам показать участникам, что проявление агрессивности, враждебности не обязательно приводит к пагубным последствиям — агрессия может носить конструктивный, адаптивный характер, она может быть понята и принята.

Во второй фазе краткосрочной интрперсональной групповой психотерапии конструктивным представляется дискуссия о разделении ответственности за работу и результаты группы. Психотерапевты должны стараться найти баланс ответственности, приемлемый для себя, с учетом целей, задач и возможностей краткосрочной интерперсональной формы проведения группы и психотерапевтический для участников групповой психотерапии. Разрешением этой кризисной фазы считается обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зави-

симостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

Через фазу конфронтации с психотерапевтами участники группы не только сплачиваются, но и приходят к пониманию и принятию личной ответственности за свою жизнь, к пониманию того, что их выздоровление зависит во многом от их собственной инициативы и активности и никто за них не будет и не сможет решать их проблемы.

Помимо нарастания напряженности в отношениях с ведущими, обостряются конфликты и между участниками группы. Особое внимание ведущими уделяется обсуждению и анализу конфликтных интеракций между членами группового взаимодействия. Важным в этой фазе представляется проведение параллели между характером конфликтов в группе и в реальной жизни пациентов.

Конфликт, как и любая другая ситуация в работе группы, приобретает психотерапевтическую ценность, если является двухступенчатым процессом, т. е. когда он не только переживается, но происходит и анализ переживаемого. Психотерапевты должны заботиться о направлении работы группы от одной ступени к другой, от переживания к пониманию.

Обобщая основные задачи психотерапевтов во второй фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, можно выделить следующие:

— Помочь участникам группы опознать истоки увеличения уровня тревоги и обсуждать их в ходе групповой дискуссии.
— Побуждать участников открыто выражать свои негативные чувства, выявлять конфликты в группе и решать их.
— Способствовать принятию участниками на себя части ответственности за направление работы группы.
— Адекватно, конструктивно реагировать на стремление участников конфликтовать с психотерапевтом — как с профессионалом и человеком, он должен понимать это как отражение процесса развития и правильно интерпретировать реакции членов группы.
— Помочь участникам стать более автономными и независимыми.

3. Фаза формирования групповой сплоченности. К концу второй недели начинается третья фаза, которая характеризуется процессом структурирования группы, формированием сплоченности, взаимопомощи и взаимоподдержки. В этот период складывается благожелательная обстановка, формируется активность, ответственность членов группы, что способствует раскрытию и переработке индивидуальной проблематики пациентов.

Основными *темами групповой дискуссии* на данном этапе являются: 1) темы доверия — недоверия; 2) темы симпатии — антипатии участников группы, вскрытие их глубинных причин; 3) исследование рассогласований между представлениями относительно потребностей друг друга; 4) анализ ожиданий одного по отношению к другому.

Одна из специфических целей краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, реализация которой достигается на протяжении всего процесса

работы группы, но непосредственная проработка ее осуществляется на второй – третьей фазе — это достижение так называемого интерперсонального или межличностного инсайта, оно основывается на двух компонентах. В первую очередь, на принципах эффективной обратной связи, во вторую — на создании как можно более широкой и богатой базы интеракций, на которой затем можно строить работу группы; обеспечение наличия и адекватного функционирования этих составляющих относится к функциям психотерапевтов.

В ходе интеракций проявляются основные социальные характеристики участников группы и схемы их поведения. Сфера интеракций составляет основу краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии; для того чтобы члены группы имели возможность продемонстрировать широкий репертуар поведения в самых разнообразных ролях и ситуациях (что в ограниченных временных рамках краткосрочной группы затруднено), на третьей фазе рекомендуется проводить специальные упражнения для демонстрации в группе переживаний, связанных с процессами интеракции. Они могут найти применение также в тренировке обнаружения интеракционных элементов происходящего в группе.

Таким образом, основной задачей этого этапа является выработка альтернативных, более адекватных способов взаимодействия через мобилизацию усилий членов группы на преодоление возникших трудностей, т. е. формирование сплоченности группы как ценностно-ориентационного единства.

Задачи психотерапевтов в третьей фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

— Формирование, развитие и укрепление групповой сплоченности.
— Обеспечение знакомства участников группы с принципами и критериями конструктивной обратной связи, так как именно она является основным практическим инструментом, приводящим к адаптивным изменениям в трех сферах самосознания — когнитивной, эмоциональной и поведенческой, что является конечной целью краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии и способствует улучшению социального функционирования пациентов.
— Создание условий для расширения поведенческого репертуара в группе, поскольку это позволяет участникам формировать более дифференцированные представления друг о друге; появляется возможность наблюдать дезадаптивные формы поведения.

4. Фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы. Четвертая фаза является «рабочей» фазой зрелой, активно и целенаправленно работающей психотерапевтической группы. Зрелая группа представляет собой эффективно функционирующее целое, ориентированное на решение определенных задач, эта фаза знаменует собой кульминацию групповой психотерапии. Члены группы взаимодействуют естественно и спонтанно, лидерские функции выполняются теми участниками, которые берут на себя решение важных задач. Четвертая фаза характеризуется возможностью свободного взаимодействия пациентов, совершаемого в безопасной атмосфере, функционирование

в группе отличается взаимным доверием и уважением участников, они стремятся лучше понять друг друга и свои отношения, при этом развивается способность не только переживать чувства, но и осознавать их; признаком зрелости является также способность членов группы принимать разные точки зрения и амбивалентные чувства. Индивидуальный рост пациентов проявляется в их способности принимать и исполнять разные роли, а не только использовать привычные для себя стереотипные, дезадаптивные способы поведения, анализировать и разрешать конфликтные ситуации, выражать и принимать сильные эмоции, не пытаясь их блокировать, способности к конструктивному взаимодействию в ходе совместной деятельности, а также способности соотносить свои действия и переживания с реальностью.

В этой фазе проводится работа, направленная на выяснение причин конфликтов, путей их разрешения через выработку альтернативных адекватных способов поведения. Как правило, рассматриваются проблемы отдельного участника группы, остальные члены группы принимают активное участие в работе.

Основным фактором динамики группы в «рабочей» фазе развития является самораскрытие участников. В четвертой фазе работы краткосрочной интерперсональной группы возникают благоприятные условия для более частого личностного самораскрытия участников.

Можно выделить следующие механизмы терапевтического воздействия процесса самораскрытия. В первую очередь это катарсис, содержащийся в самом факте откровенного рассказа. Следующим фактором является объективизация и упорядочение материала, составляющего содержание рассказа. Достоинство самораскрытия как процесса заключается далее в том, что она ведет к развитию личности в направлении аутентичности, подлинности, повышения порога ранимости. Самораскрытие в группе приносит всем ее членам дающее облегчение переживание универсальности.

В четвертой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии актуализируется и достигается одна из общих целей данного метода — формирование адекватной социальной адаптации. В этой фазе психотерапевты применяют вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, наиболее часто используются элементы психодрамы, в частности разыгрывание ролевых ситуаций, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии. Все они направлены на облегчение процесса самораскрытия, выработку альтернативных решений определенных конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей. В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

Таким образом, можно сформулировать следующие *задачи психотерапевтов в четвертой фазе* краткосрочной групповой психотерапии:

— Содействие в развитии способности у членов группы гибко переводить фокус своего внимания с событий в группе на события биографического

плана, благодаря чему пациенты начинают связывать события в группе с прошлым опытом, а также видеть повторяющиеся паттерны в своем поведении и поведении других.

— Стремление к выработке навыков у участников группы соотносить значимость внутригруппового взаимодействия с тем, что происходит в их жизни за пределами группы. Так, например, озабоченный своими конфликтными отношениями с важным для себя человеком (как правило, супругом / супругой) участник группы может получить определенную помощь со стороны других пациентов и психотерапевтов в понимании своих проблем, если присутствующие пытаются связать его изложение ситуации с наблюдаемыми особенностями его поведения в группе.
— Формирование менее директивной, структурирующей позиции психотерапевтов, направленной на проявление пациентами возможности экспериментировать, изменять свои стереотипные дезадаптивные способы межличностного взаимодействия. Стремление к установлению более коллегиальных психотерапевтических отношений, которые предполагают убеждение в том, что психотерапевты являются партнерами в работе, а не единственным источником помощи, поддержки и понимания для участников группы.

Заканчивая работу группы, важно оценить достигнутые результаты, т.е. назвать и конкретизировать их, а также обсудить, как участники группы намереваются воплотить в жизнь приобретенный в группе опыт. Если к концу работы группы ответы на такие вопросы бывают конкретными, велика вероятность того, что все, полученное участниками, действительно станет частью их жизни.

Использование в лечении больных с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данных групп больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к редуцированию социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. [5, 7, 18].

Релаксационные методы

С целью снижения уровня тревоги, напряжения, уменьшения интенсивности фобических переживаний, контроля над дыханием и мышечным напряжением, обучения саморегуляции применяются различные релаксационные методы — 10–15 сеансов. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторирования [3, 9, 13, 16, 37, 47, 51, 57].

Существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении тревожных расстройств невротического уровня, так и описывающие их ограниченные возможности.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ, НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня **рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия** с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни. Применяются социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы. В качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция. Суппортивная психотерапия может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии.

Пациентам рекомендуется наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом-психиатром для коррекции терапии и корректной ее отмены, проведения психотерапии. Диспансерное наблюдение врачом-психиатром показано в случаях наличия суицидального риска, тяжелого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
2) наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
3) наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
4) высокая частота панических атак, выраженные фобические состояния с ограничительным поведением;
5) плохая переносимость медикаментозной терапии.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) подбор адекватной и эффективной фармакотерапии;
2) отсутствие выраженных нежелательных явлений;
3) снижение уровня тревожности;
4) стабилизация психического состояния;
5) стабилизация соматического состояния;
6) купирование или снижение интенсивности панических атак, фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

Специфической профилактики тревожных расстройств невротического уровня не существует. Их профилактика заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных

веществ. А также информирование населения о признаках ПР, ГТР, ТФР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью. Имеются исследования, подтверждающие, что физическая активность может снижать риск развития тревожных нарушений и способствовать более эффективному совладанию с тревогой.

Включение психотерапевтических мероприятий в комплексное лечение пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня наряду с биологической терапией и соционаправленными вмешательствами, привлечение специалистов различной направленности на основе бригадного подхода обеспечивает эффективное лечебное воздействие, основанное на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, и создает возможность применения персонализированной терапии [3, 9, 11, 15, 16, 21, 23, 29, 44, 50, 62].

Список литературы

1. *Агасарян Э. Г., Цыганков Д. Б.* Психотерапия в рамках комплексной терапии панического расстройства. Психическое здоровье. 2010; 8(3): 17–19.
2. *Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В.* Клинические, личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами. Российский психиатрический журнал. 2017; 5: 50–58.
3. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. 2-е изд., перераб. и доп. Под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева. СПб.: ООО Издательский дом «Альфа-Пресс», 2019; 496.
4. *Васильева А. В., Караваева Т. А., Полторак С. В.* Комбинированная терапия панических расстройств в кардиологической практике. Врач. 2017; 8: 18–21.
5. *Воробьева О. В.* Панические атаки (клиника, диагностика, принципы лечения). Лечение заболеваний нервной системы. 2015; 2(17): 3–11.
6. *Голозубова К. Н., Погосова И. А.* Оценка эффективности фармакологических и психотерапевтических мероприятий в рамках коморбидных панических и депрессивных расстройств. Молодежный инновационный вестник. 2017; 6(1): 192–196.
7. *Есаулов В. И., Варбан И. Ф.* Психотерапия панических атак. Theoretical & Applied Science. 2017; 6(50): 177–181.
8. *Караваева Т. А.* Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2010; 3: 71–74.
9. *Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторак С. В.* Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2016; 4: 42–51.
10. *Караваева Т. А., Колотильщикова, Е. А. Мизинова Е. Б.* Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть II. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2010; 3: 63–65.
11. *Караваева Т. А., Коцюбинский А. П.* Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. — СПб.: Спецлит, 2017; 286.
12. *Караваева Т. А., Михайлов В. А., Васильева А. В. и др.* Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня

с инсомнией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2018; 118(4–2): 60–66.
13. *Мосолов С. Н., Бирюкова Е. В., Тимофеев И. В.* Применение α-θ-тренинга биологической обратной связи при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное контролируемое исследование). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2010; 1: 15–20.
14. *Полторак С. В., Караваева Т. А., Васильева А. В.* Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков. Вестник психотерапии. 2013; 47(52): 29–37.
15. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 1008.
16. Психотерапия. Учебник для ВУЗов. 4-е изд. Под ред. Б. Д. Карвасарского СПб.: Питер, 2012; 672.
17. *Сергеева О. Н., Погосова И. А.* Анализ эффективности комплексных психотерапевтических мероприятий в лечении больных паническими расстройствами. Молодежный инновационный вестник. 2017; 6(1): 198–201.
18. *Троицкий М. С., Токарев А. Р., Паньшина М. В.* Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. 2018; 25(1): 61–70.
19. *Холмогорова А. Б.* Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2014; 1: 19–24.
20. *Эльзессер А. С., Кадыров Р. В., Маркелова Е. В.* Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств. Вестник Кемеровского государственного университета. 2018; 2(74): 122–130.
21. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. 2nd ed. Ed. by L. J. Fochtmann. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009; 90.
22. *Andrews G., Basu A., Cuijpers P.* Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. J. Anxiety Disord. 2018; 55: 70–78. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.001.
23. *Bandelow B., Sagebiel A., Belz M.* Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. Br. J. Psychiatry. 2018; 212(6): 333–338. doi: 10.1192/bjp.2018.49.
24. *Beutel M. E., Scheurich V., Knebel A. et al.* Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapyinto clinical practice. Can. J. Psychiatry. 2013; 58(6): 326–334.
25. *Botella C., Fernández-Álvarez J., Guillén V. et al.* Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias: A Systematic Review. N. Engl. J. Med. 2017; 376(23): 2255–2264. doi: 10.1056/NEJMcp1614701.
26. *Botella C., Serrano B., Baños R. M. et al.* Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of itsefficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015; 11: 2533–2545. doi: 10.2147/NDT.S89542.
27. *Breitbart J., Hiller T. S., Schöne E. et al.* Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective — a qualitative study. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundhwes. 2019; 143: 15–20. doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002.
28. *Breuninger C., Tuschen-Caffier B., Svaldi J.* Dysfunctional cognition and self-efficacy as mediators of symptom change in exposure therapy for agoraphobia — Systematic review and meta-analysis. Behav. Res. Ther. 2019; 120: 103443. doi: 10.1016/j.brat.2019.103443.

29. *Cape J., Whittington C., Buszewicz M. et al.* Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med. 2010; 8: 38. doi: 10.1186/1741-7015-8-38.
30. *Carl E., Stein A. T., Levihn-Coon A. et al.* Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. J. Anxiety Disord. 2019; 61: 27–36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003.
31. *Carpenter J. K., Andrews L. A., Witcraft S. M. et al.* Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress. Anxiety. 2018; 35(6): 502–514. doi: 10.1002/da.22728.
32. *Chambless D. L., Milrod B., Porter E. et al.* Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder. J. Consult. Clin. Psychol. 2017; 85(8): 803–813. doi: 10.1037/ccp0000224.
33. *Cuijpers P., Cristea I. A., Karyotaki E. et al.* How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry. 2016; 15(3): 245–258. doi: 10.1002/wps.20346.
34. *Cuijpers P., Gentili C., Banos R. M. et al.* Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. J. Anxiety Disord. 2016; 43: 79–89. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003.
35. *Cuijpers P., Sijbrandij M., Koole S. L. et al.* Добавление психотерапии к антидепрессантам при депрессивных и тревожных расстройствах: мета-анализ. Всемирная психиатрия (на русском языке). 2014; 13(1): 56–67.
36. *Eichenberg C.* Application of «Virtual Realities' in Psychotherapy: Possibilities, Limitations and Effectiveness. Virtual Reality. Ed. by J.-J. Kim. Rijeka, Croatia: Intech Open Access Publisher, 2011; Ch. 22: 469–484.
37. *Fentz H. N., Arendt M. et al.* The mediational role of panic self-efficacy in cognitive behavioral therapy for panic disorder: a systematic review and meta-analysis. Behav. Res. Ther. 2014; 60: 23–33. doi: 10.1016/j.brat.2014.06.003.
38. *Garcia-Palacios A., Hoffman H., Carlin A., Furness T.* Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. Behav. Res. Ther. 2002; 40(9): 983–993. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00068-7.
39. *Gersh E., Hallford D. J., Rice S. M. et al.* Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. J. Anxiety Disord. 2017; 52: 25–33. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.10.001.
40. *Gregory B., Peters L.* Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. Clin. Psychol. Rev. 2017; 52: 1–18. doi: 10.1016/j.cpr.2016.11.008.
41. *Hall J., Kellett S., Berrios R. et al.* Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2016; 24(11): 1063–1073. doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.006.
42. *Imai H., Tajika A., Chen P. et al.* Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; Issue 10. Art. N CD011170. doi: 10.1002/14651858.CD011170.pub2.
43. *Johnson S. U., Hoffart A., Nordahl H. M., Wampold B. E.* Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. J. Anxiety Disord. 2017; 50: 103–112. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004.
44. *Keefe J. R., Chambless D. L., Barber J. P., Milrod B. L.* Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. J. Psychiatr. Res. 2019; 114: 34–40. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.009.
45. *Keefe J. R., Milrod B. L., Gallop R. et al.* What is the effect on comorbid personality disorder of brief panic-focused psychotherapy in patients with panic disorder? Depress. Anxiety. 2018; 35(3): 239–247. doi: 10.1002/da.22708.

46. *Keefe J. R., Solomonov N., Derubeis R. J. et al.* Focus is key: Panic-focused interpretations are associated with symptomatic improvement in panic-focused psychodynamic psychotherapy. Psychother. Res. 2018; 18: 1–12. doi: 10.1080/10503307.2018.1464682.
47. *Khoury B., Lecomte T., Fortin G. et al.* Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(6): 763–771. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005.
48. *Meuret A. E., Kroll J., Ritz T.* Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications. Ann. Rev. Clin. Psychol. 2017; 13(1): 209–240. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093044.
49. *Meyerbröker K., Morina N., Kerkhof G., Emmelkamp P.* Virtual Reality Exposure Treatment of Agoraphobia: a Comparison of Computer Automatic Virtual Environment and Head-Mounted Display. Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine. 2011; 167: Evidence-Based Clinical Application of Information Tecnology: 40–45.
50. *Milrod B., Chambless D. L., Gallop R. et al.* Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. J. Clin. Psychiatry.— 2016; 77(7): 927–935. doi: 10.4088/JCP.14m09507.
51. *Montero-Marin J., Garcia-Campayo J., López-Montoyo A. et al.* Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. Psychol. Med. 2018; 48(9): 1427–1436. doi: 10.1017/S0033291717003099.
52. *Morina N., Ijntema H., Meyerbröker K.* Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. Behav. Res. Ther. 2015; 74: 18–24. doi: 10.1016/j.brat.2015.08.010.
53. *Nogueira-Arjona R., Santacana M., Montoro M. et al.* Sudden gains in exposure-focused cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. Clin. Psychol. Psychother. 2017; 24(6): 1285–1291. doi: 10.1002/cpp.2093.
54. *Ohst B., Tuschen-Caffier B.* Catastrophic misinterpretation of bodily sensations and external events in panic disorder, other anxiety disorders, and healthy subjects: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018; 13(3): e0194493. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194493.
55. *Olthuis J. V., Watt M. C., Bailey K. et al.* Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; 3(5). CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565.
56. *Ori R., Amos T., Bergman H. et al.* Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with d-cycloserine for anxiety and related disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 5: CD007803. doi: 10.1002/14651858.CD007803.pub2.
57. *Pelissolo A.* Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies. Presse Med. 2016; 45(3): 284–290. doi: 10.1016/j.lpm.2015.12.002.
58. *Pompoli A., Furukawa T. A., Efthimiou O. et al.* Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. Psychol. Med. 2018; 48(12):1945–1953. doi: 10.1017/S0033291717003919.
59. *Pompoli A., Furukawa T. A., Imai H. et al.* Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2016; CD011004. doi: 10.1002/14651858.CD011004.
60. *Porter E., Chambless D. L.* A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. Clin. Psychol. Rev. 2015; 42: 179–192. doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
61. *Rothbaum B. O., Zimand E., Hodges L. et al.* Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. Behav. Ther. 2006; 37: 80–90. doi: 10.1016/j.beth.2005.04.004.
62. *Roy-Byrne P., Craske M., Stein M.* Panic disorder. Lancet. 2006; 368(9540): 1023–1032.

63. *Singewald N., Schmuckermair C., Whittle N. et al.* Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. Pharmacol. Ther. 2015; 149: 150–190. doi: 10.1016/j.pharmthera.2014.12.004.
64. *Stech E. P., Lim J., Upton E. L., Newby J. M.* Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. J. Affect Disord. 2019; 257: 376–381. doi: 10.1016/j.jad.2019.07.033.
65. *Strauss A. Y., Kivity Y., Huppert J. D.* Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. Behav. Ther. 2019; 50(3): 659–671. doi: 10.1016/j.beth.2018.10.005.
66. *Swift J. K., Greenberg R. P., Tompkins K. A., Parkin S. R.* Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. Psychotherapy Theory Research & Practice. 2017; 54(1): 47–57. doi: 10.1037/pst0000104.
67. *Wallach H. S., Safir M. P., Bar-Zvi M.* Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Public Speaking Anxiety: A Randomized Clinical Trial. Behavior Modification. 2009; 33(3): 314–338. doi: 10.1177/0145445509331926.
68. *Watanabe N., Churchill R., Furukawa T. A.* Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; 1: CD005335. doi: 10.1002/14651858.CD005335.pub2.
69. *Yuchen Li., Yajing M., Minlan Y. et al.* Therapy for Adult Social Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Functional Neuroimaging Studies. J. Clin. Psychiatry. 2016; 77(11): e1429–e1438. doi: 10.4088/JCP.15r10226.

Список сокращений

ГТР — генерализованное тревожное расстройство

КПТ — когнитивно-поведенческая психотерапия

ЛОРП — личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

ПА — паническая атака

ПАВ — психоактивные вещества

ПР — паническое расстройство

ТФР — тревожно-фобические расстройства